

EL FUTURO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN MÉXICO

Dra. Juana Isabel Vera López¹

RESUMEN

Uno de los nuevos retos de la transición demográfica es el envejecimiento poblacional, lo cual se puede constatar al conocer las proyecciones de la población: para 2050, la esperanza de vida de la población será mayor a los 85 años. Por tanto, es importante conocer el perfil de salud de la población para ir controlando las enfermedades que son las principales causas de muerte de manera que a futuro los adultos mayores se encuentren en mejores condiciones de vida y salud, a las que actualmente se registran.

Para ello, se determinarán las principales causas de años perdidos por muerte prematura por región y las principales causas de muerte tanto en México como en otros países de América Latina, para así determinar cuáles son las enfermedades que deben ser consideradas como prioritarias en la política en salud.

Se observa en el Objetivo 6 del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, que México debe avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, sobretodo garantizando el acceso de la población de menores ingresos. Dentro de los requerimientos en salud, para la frontera norte, se deben considerar programas de atención al tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, tuberculosis, obesidad y sobrepeso.

PALABRAS CLAVE: Política de salud, Sistema Nacional de Salud, Transición demográfica.

¹ Doctora en Ciencia Política y Administración Pública. El Colegio de la Frontera Norte. Sede: Piedras Negras, Coahuila. Email: jvera@colef.mx, juanaisabelvera@yahoo.com.mx.

INTRODUCCIÓN

A partir de la década de los ochentas inició el proceso de reforma a los sistemas de salud en el mundo. Dentro de esta etapa de cambio y transformación, en el caso de México se inicia con el Seguro Popular en el 2000, cuando fue ampliada la cobertura para la población abierta, brindándole protección ante riesgos en la salud, financieros y de mejor calidad.

A medida que transcurre el tiempo, se fue incrementado la inversión financiera para consolidar la universalidad de los servicios en salud, buscando una integración funcional que beneficie a la mayoría de los mexicanos.

La actual administración gubernamental federal ha establecido como meta la portabilidad de los servicios en salud, así como una seguridad social universal. Esta meta es con la finalidad de que disminuya el gasto de bolsillo en salud, se amplíe la cobertura de servicios médicos y se incremente el acceso de la población a los servicios en salud.

Este documento se divide en tres apartados, en el primero se presenta un diagnóstico sobre los resultados de la política en salud de México, comparándolos con los obtenidos por otros países miembros de la OCDE. También se presenta el perfil de salud de la población, destacando cuáles son las principales causas de muerte registradas en el país y en la región latinoamericana.

En la segunda parte, se presenta el apartado destinado al análisis de la política en salud destacando su importancia como articuladora para generar cambios positivos como son un crecimiento económico y desarrollo económico con calidad de vida para la población. Esta universalización de los servicios en salud se enmarca en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en su objetivo 6.

En la tercera parte, se consideran cuáles son los retos y oportunidades que se enfrentan para establecer un Sistema Universal de Salud en México. Para ello se presentan datos estadísticos

para las entidades federativas, en los cuales destacan aquellas en que se debe ampliar el acceso a los servicios en salud. También se señala la importancia de una política de salud binacional, que considere dentro de sus objetivos el disminuir las tasas de mortalidad de las enfermedades con mayor prevalencia en la población.

I. ANTECEDENTES

Al realizar un breve diagnóstico de los resultados de la política de salud de México, en relación con los países de la OCDE, se observa que sus indicadores básicos se sitúan en los últimos lugares. Es a través de la búsqueda de una mejora en la calidad de vida de la población mexicana, que la reforma del sector salud ha proporcionado un mayor acceso a los servicios básicos, pero faltan diversos aspectos por cubrir.

Cuadro 1: Indicadores de salud, México-OCDE, 2014

Indicador	México		OCDE		Posición entre países OCDE
	2000	2012	2000	2012	
Estado de salud					
Esperanza de vida al nacer, ambos sexos (años)	73.3	74.4	77.1	80.2	34 de 34
Esperanza de vida a los 65 años, hombres (años)	16.5	16.7	15.6	17.7	28 de 34
Esperanza de vida a los 65 años, mujeres (años)	18.4	18.6	19.1	20.9	31 de 34
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares (por cada 100,000 habitantes)	298.1	272.9	428.5	296.4	14 de 34
Mortalidad por cáncer (por cada 100,000 habitantes)	140.2	125.1	242.5	213.1	34 de 34
Factores de riesgo para la salud (conductuales)					
Consumo de tabaco entre adultos (% de fumadores diarios)	12.9	11.8	26	20.7	34 de 34
Consumo de alcohol entre adultos (litros per cápita)	5.1	5.7	9.5	9	32 de 34
Tasa de obesidad entre adultos, medida (%)	24.2	32.4	18.7	22.7	2 de 16
Gasto en salud					
Gasto en salud como % del PIB	5	6.2	7.7	9.3	32 de 34
Gasto en salud per cápita (EE.UU. \$ PPP)	497	1,048	1,888	3,484	33 de 34
Gasto farmacéutico per cápita (EE.UU. \$ PPP)	97	70	300	498	33 de 33
Gasto farmacéutico (% del gasto en salud)	19.9	6.8	17.9	15.9	32 de 33
Gasto público en salud (% del gasto en salud)	46.6	50.6	71.4	72.3	32 de 34
Gasto de bolsillo (% del gasto en salud)	50.9	45.2	20.5	19	1 de 34
Recursos para el cuidado de la salud					
Número de médicos (por cada 1,000 hab.)	1.6	2.2	2.7	3.2	31 de 34
Número de enfermeras (por cada 1,000 hab.)	2.2	2.6	7.5	8.8	33 de 34
Camas de hospital (por cada 1,000 hab.)	1.8	1.6	5.6	4.8	34 de 34

Fuente: OCDE (2014).

En el Cuadro 1 se presentan los indicadores de salud, para México y los países de la OCDE, agrupados en tres categorías principales: estado de salud, gasto en salud y recursos para el cuidado de la salud. En México, la primera categoría, *estado de salud*, presenta que en 2012 incrementó la esperanza de vida de vida al nacer, pero todavía no alcanza el promedio de la OCDE (74.4 años frente a 80.2 años). En relación con los adultos mayores, las mujeres tienen una esperanza de vida a los 65 años de 18.6 años. México se encuentra en último lugar, en relación con los países de la OCDE, respecto a la mortalidad por cáncer y el consumo de tabaco entre adultos.

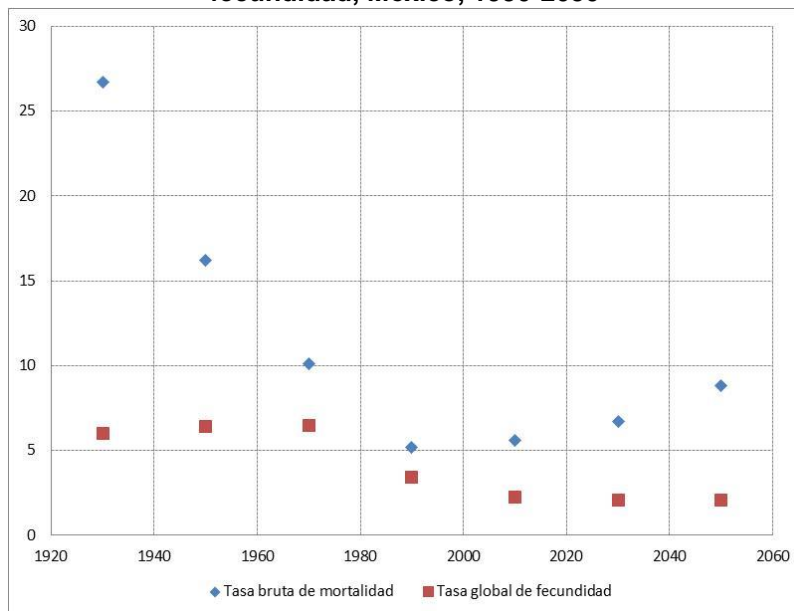
La segunda categoría, *gasto en salud*, es importante porque refleja cuánto se está invirtiendo en este sector. Se tiene que sólo representa el 6.2% del PIB, cuando los países de la OCDE invierten en promedio el 9.3%. México registra los niveles más bajos de gasto en salud en todos sus indicadores de gasto en salud.

En la tercera categoría, *recursos para el cuidado de la salud*, también registra valores críticos, ubicando a México en los últimos lugares. En esta categoría se consideran recursos como el número de médicos por cada 1,000 habitantes, que fue de 2.2. El número de enfermeras por cada 1,000 habitantes fue de 2.6, mientras que los países de la OCDE registraron 8.8. El número de camas de hospital fue de 1.6, siendo el promedio para los países de la OCDE de 4.8.

En relación con los factores demográficos, se tiene que en 2010, de acuerdo al Censo de Población y vivienda (INEGI), México registró una población total de 112,336,538 habitantes. Por género, esta población total se constituye en un 48.83% de hombres y 51.17% de mujeres. La tasa de crecimiento anual fue de 1.40%.

El envejecimiento poblacional se encuentra vinculado con la transición demográfica, al registrarse el siguiente comportamiento en indicadores demográficos básicos como son: una disminución de las tasas de mortalidad, un aumento en la esperanza de vida y una menor tasa de fecundidad. A la transición demográfica, se debe sumar la transición epidemiológica².

Figura 1: Tasa bruta de mortalidad y tasa global de fecundidad, México, 1930-2050



Nota: Tasa bruta de mortalidad (por cada 1,000 habitantes).

Fuente: Elaboración propia con base a información de CONAPO e INEGI.

Respecto a las tasas de mortalidad y fecundidad, 1990 muestra el punto de quiebre en donde se modifican sus tendencias. Es posible observar en la Figura 1 como la tasa bruta de mortalidad presentaba un descenso progresivo y después de 1990 comienza a incrementarse (en 1990 se registraron 5.2 muertes por cada 1,000 habitantes y en 2010 fue de 5.6). En tanto que la tasa global de fecundidad, evidenció una tendencia en aumento hasta antes de 1990,

² En 1950, las cinco principales causas de muerte fueron: diarreas, neumonías, enfermedades de la primera infancia, los accidentes y violencias y, el paludismo. En 1999, las cinco causas de muerte fueron: enfermedades isquémicas del corazón, cáncer, diabetes mellitus, accidentes y cirrosis (Secretaría de Salud, 2001, p. 16)

posteriormente, comienza a disminuir (en 1990 se registró que las mujeres en edad fértil tuvieron en promedio 3 hijos, mientras que en 2010 disminuyó a 2 hijos).

En relación con la esperanza de vida al nacer, continuando con el análisis histórico anterior, se tiene que este indicador se duplicó de 1930 a 2010, se espera que para el 2030 la esperanza de vida sea cercana a los 80 años y para el 2050, supere los 80 años, alcanzando los 84 años. En el caso de la esperanza de vida a la edad de 65 años, esta va a incrementarse por las mejoras en el campo de la medicina y el autocuidado. Para el 2050, la esperanza de vida a la edad de 65 años será para los hombres y mujeres de 19 y 21 años, respectivamente (véase el Cuadro 2).

Cuadro 2: Esperanza de vida al nacer y a la edad de 65 años, por sexo, 1930-2050

Año	Hombres		Mujeres	
	E (0)	E (65)	E (0)	E (65)
1930	35.5	10.7	37.0	10.9
1950	48.2	12.6	51.1	13.0
1970	39.7	14.2	63.6	15.0
1990	68.9	16.5	74.0	17.8
2010	73.1	16.8	77.8	18.2
2030	76.8	17.9	81.2	19.1
2050	79.9	19.3	83.9	21.1

Fuente: Ramírez, Ham, Salas y Valencia (2012, p. 107).

A partir de la publicación del *Informe del Desarrollo Mundial 1993: Invirtiendo en Salud. Indicadores del Desarrollo Mundial* (1993), elaborado por el Banco Mundial, es que se acuña el término *carga global de la enfermedad*. Este concepto se refiere a cuáles son las principales causas de muerte en los países.

A continuación se presentan las principales cargas de enfermedad registradas en México para 2010, así como en países seleccionados de América Latina. Esta revisión proporciona información para determinar qué tipo de programas de salud son pertinentes a ser implementados en México.

Para su elaboración, el INSP utilizó una metodología que estima la carga global de la enfermedad, así como los años de vida saludable perdidos (Avisa) y la estimación de la esperanza de vida saludable (Evisa). Es importante resaltar que México es pionero en la aplicación de esta evaluación del desempeño del sistema de salud, siendo posteriormente replicada por otros países de la región latinoamericana.

Se utiliza el marco conceptual y metodológico del *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Washington. Para obtener los *Avisa* se calculan los años de vida perdidos por muerte prematura (APMP), al multiplicar el número de muertes para cada grupo de edad por su esperanza de vida estándar a esa edad, sin importar el sexo; sumando los años vividos con discapacidad (AVD), que se refieren a la sumatoria de las prevalencias de cada una de las secuelas vinculadas a una enfermedad multiplicada por la ponderación de la discapacidad.

Es con las tasas de AVD para causas por grupo de edad y sexo que se calcula la *Evisa*, extendiendo la tabla de mortalidad nacional.

A nivel regional, fueron definidas tres áreas: norte, centro y sur. En la región norte se localizan 9 estados, que se conforman por el 22% de la población total; la región centro, 14 estados y el D.F., con el 55% de la población total; la región sur, con 8 estados y un 23% de la población total.

Para el norte del país, los estados considerados son: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas.

Cuadro 3: Principales causas de APMP para todas las edades por región. México, 2010

	Centro	%	Norte	%	Sur	%
1	Cardiopatía isquémica	7.6	Homicidios	14.7	Cirrosis	7.6
2	Enfermedad renal crónica	7.5	Cardiopatía isquémica	10.0	Cardiopatía isquémica	7.0
3	Diabetes mellitus	7.1	Diabetes mellitus	5.7	Diabetes mellitus	6.8
4	Cirrosis	6.8	Accidentes de tráfico	5.5	Enfermedad renal crónica	5.7
5	Accidentes de tráfico	6.6	Enfermedad renal crónica	4.9	Anomalías congénitas	4.4
6	IRA	5.0	Cirrosis	3.8	Accidentes de tráfico	3.9
7	Anomalías congénitas	5.0	Enfermedad cerebrovascular	3.6	IRA	3.9
8	Enfermedad cerebrovascular	4.0	Anomalías congénitas	3.4	Enfermedad cerebrovascular	3.7
9	RN pretérmino	3.8	RN pretérmino	3.0	Homicidio	3.5
10	Homicidios	3.7	IRA	2.9	RN pretérmino	3.3
11	EPOC	2.2	EPOC	1.6	Sida	2.3
12	Encefalopatía neonatal	1.8	Suicidio	1.5	Encefalopatía neonatal	2.2
13	Sepsis neonatal	1.6	Sida	1.4	Ahogamientos	2.2
14	Suicidio	1.5	Cáncer de pulmón	1.3	EPOC	1.9
15	Enfermedad asociadas al consumo de alcohol	1.2	Ahogamientos	1.3	Enfermedad asociadas al consumo de alcohol	1.7

enfermedades no transmisibles
 lesiones
 enfermedades transmisibles, maternas y de la nutrición

Fuente: INSP (2014, p. 33).

En el Cuadro 3 se observa que en la región norte prevalecen las lesiones accidentales e intencionales que son producto de homicidios, siendo dos veces mayor que en las regiones norte y sur. Las tres regiones presentan como principales causas de APMP la cardiopatía isquémica y la diabetes mellitus. El sida se encuentra presente en las regiones norte y sur.

Si se desea conocer las principales causas de muerte, por sexo, observe la Figura 2. Independientemente de la edad, tanto hombres y mujeres padecen como principal causa de muerte las enfermedades isquémicas del corazón (13.3% y 13.7%, respectivamente). La segunda causa de muerte es la diabetes mellitus, 7.8% en los hombre y 11.1% en las mujeres.

Seguida por las enfermedades renales crónicas, que presentan porcentajes casi similares tanto hombres como mujeres (7.2% y 8.7%, respectivamente). Las enfermedades cerebrovasculares afectan principalmente a las mujeres, 7.7%. En tanto que la cirrosis es una de las causas principales de muerte en los hombres, 8%.

Figura 2: Principales causas de muerte, por sexo, México, 2010



Fuente: Elaboración propia con base a información del INSP (2014).

En la Figura 3 se presenta una comparativa internacional, de México con respecto a otros países de América Latina. En México, la diabetes mellitus es la principal causa de los *Avisa*, y en la región latinoamericana, siendo el país con el indicador más alto.

La segunda causa de *Avisa* en México son las enfermedades isquémicas, situación similar ocurre en Costa Rica, Colombia, El Salvador, Honduras, Panamá, Venezuela y Chile. La tercera causa de *Avisa* son las enfermedades renales crónicas (en los otros países, este indicador presenta menores niveles). Como cuarta causa de *Avisa* están los accidentes de tráfico, situación similar a la que registran Costa Rica, El Salvador, Panamá, Venezuela y Chile. En

tanto que la quinta causa de *Avisa* son los homicidios; en tanto que Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y Venezuela, son los países que encabezan esta lista. La sexta causa de *Avisa* es la cirrosis, originada por el consumo de alcohol; siendo Chile, el país que presenta un indicador similar a México.

Figura 3: Avisa de México y países seleccionados de América Latina, 2010

	Colombia	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	México	Panamá	Venezuela	Chile
Diabetes	15	20	7	9	16	1	8	8	12
Enfermedad isquémica	2	1	2	5	2	2	1	2	1
Enfermedad renal crónica	23	12	10	19	29	3	17	13	18
Accidentes de tráfico	6	4	3	17	10	4	5	3	5
Homicidios	1	10	1	2	1	5	7	1	23
Cirrosis	34	14	14	10	21	6	30	22	6
Anomalías congénitas	9	7	9	12	43	7	9	11	16
Infecciones respiratorias bajas	8	19	5	1	8	8	10	10	13
Lumbalgia	5	3	6	8	9	9	4	6	2
Depresión mayor	3	2	4	6	3	10	3	4	4

1-10
 11-20
 21-30
 30 y más

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation.

Al evaluar los resultados anteriores, se tiene que México debe atender prioritariamente en su política de salud la diabetes y las enfermedades isquémicas del corazón. Aunado a lo anterior, se debe considerar el disminuir la epidemia de la obesidad y sobrepeso, que también registran una alta prevalencia.

II. POLÍTICA EN SALUD

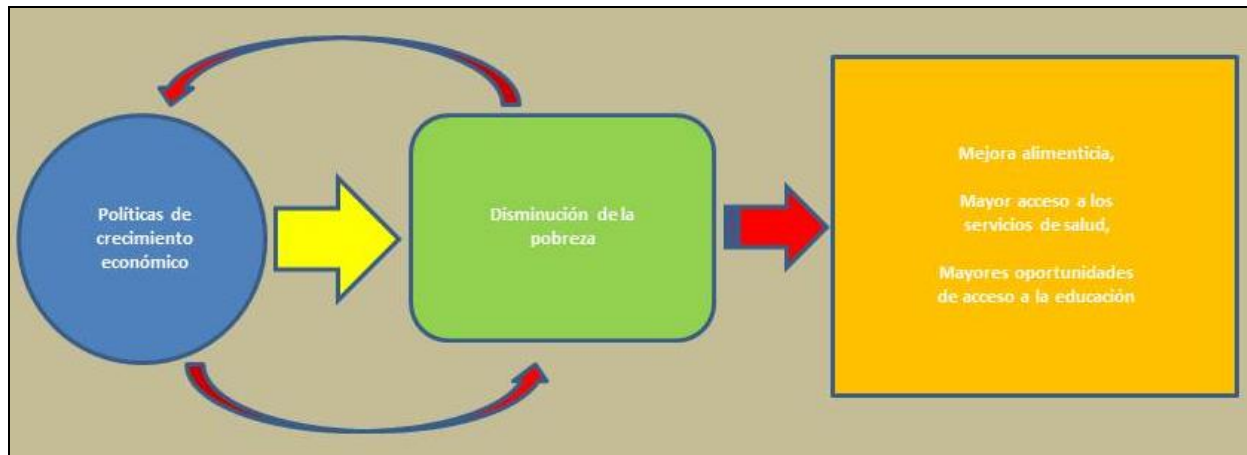
El crecimiento económico consiste en el incremento del PIB potencial de un área geográfica específica. Una vez alcanzado, se debe mantener un crecimiento económico sostenido, incentivado por sus factores de producción, así como el mantener un crecimiento sostenible racional, cumpliendo con la utilización correcta de los recursos naturales.

Para ello, se debe recurrir a la planeación económica, teniendo como objetivo principal el crecimiento económico en el largo plazo. Los indicadores principales a potencializar son: el PIB y el ingreso per cápita. Mediante el crecimiento de la producción y la mejora en la calidad de vida de la población es que se obtiene el desarrollo económico.

Dentro de este crecimiento sostenido, es importante considerar que si se desean aumentar los niveles de bienestar de la población, es necesario establecer como prioridades: el aumentar la calidad educativa, incrementar la capacidad de los trabajadores para asimilar las destrezas y nuevas tecnologías, disminuir los niveles de corrupción, favorecer la transparencia gubernamental, incentivar la contraloría social, entre otras cuestiones.

Para ello, los países deben facilitar a su población el acceso a los servicios de salud debido a que son un factor importante para mejorar su calidad de vida, lo cual a su vez contribuye con el crecimiento económico del país porque de esta manera se cuenta con recursos humanos sanos que procuran el autocuidado. Aunado a lo anterior, se debe establecer una cultura que promueva una alimentación saludable y equilibrada, así como el garantizar una educación de calidad, para así cerrar este círculo virtuoso que tenga como meta el progreso de toda nación, como se mencionó anteriormente: un aumento del ingreso y el poder adquisitivo de sus ciudadanos (véase la Figura 4).

Figura 4: Círculo virtuoso para disminuir la pobreza y mejorar la calidad de vida



Fuente: Elaboración propia.

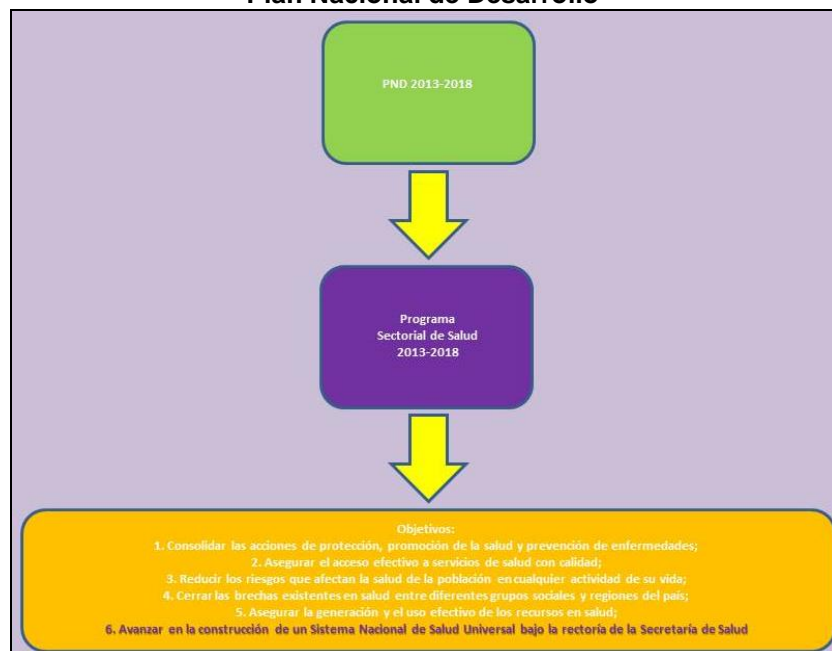
En México, la política nacional de salud tiene como fundamento el artículo 4° Constitucional.

Artículo 4°...

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

...

Figura 5: Alineación del Programa Sectorial de Salud con el Plan Nacional de Desarrollo



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 5, se presenta la alineación del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. El Programa Sectorial de Salud define seis objetivos prioritarios a cubrir, en especial, para este documento interesa el *objetivo 6: Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud*.

El objetivo 6, cuenta a su vez con las siguientes seis estrategias:

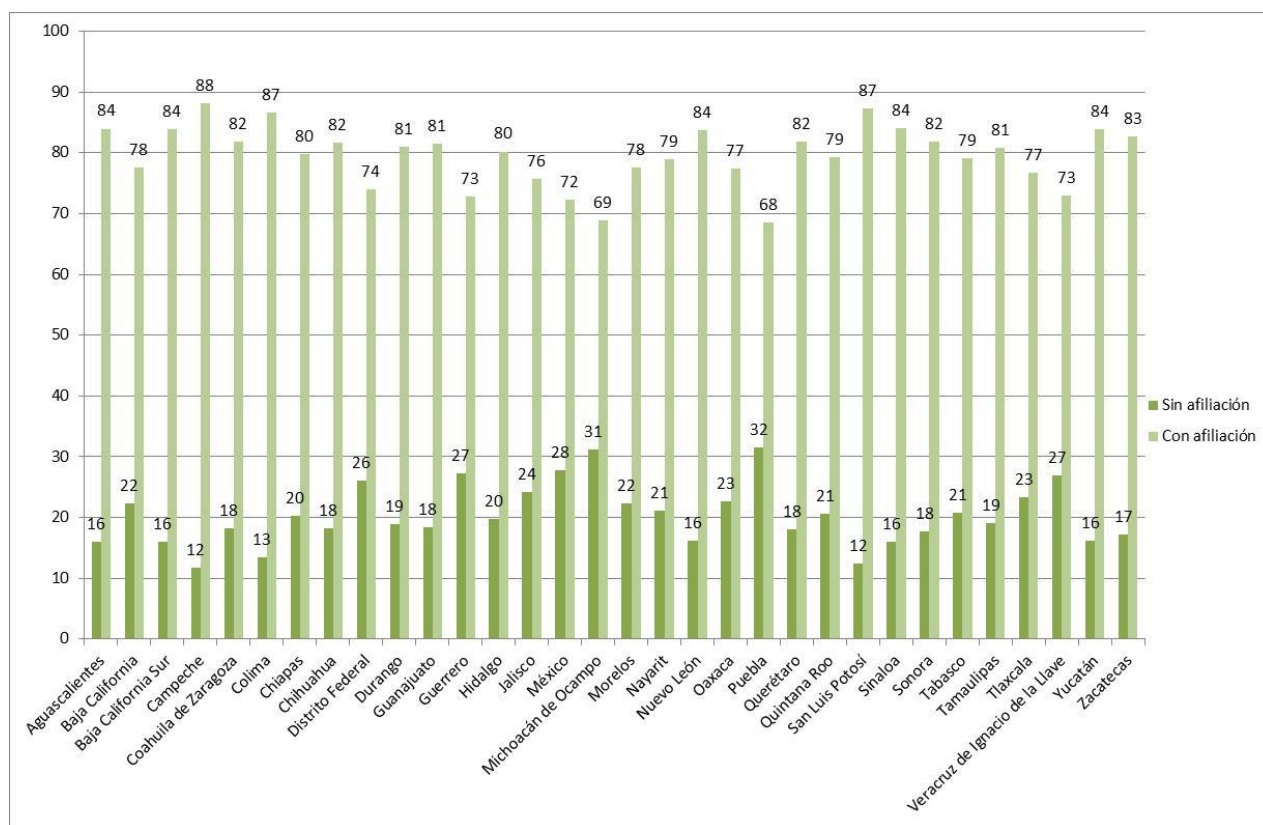
- Estrategia 6.1. Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal;
- Estrategia 6.2. Fortalecer la regulación en materia de salubridad general;
- Estrategia 6.3. Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y procesos en materia de salud;
- Estrategia 6.4. Integrar un sistema universal de información en salud;
- Estrategia 6.5. Situar a la bioética como política de gestión y de desarrollo del Sistema Nacional de Salud Universal;
- Estrategia 6.6. Promover un México con responsabilidad global en salud.

La universalización de los servicios del Sistema Nacional de Salud propiciará un resultado positivo, al mejorar la cobertura de los servicios, ampliar el acceso a los servicios de salud, incrementar la infraestructura de servicios en salud, así como la portabilidad de derechos entre los trabajadores que cuentan con seguridad social.

III. RETOS Y OPORTUNIDADES PARA UN SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD

La cobertura universal, así como la portabilidad de derechos, para ser alcanzadas en México, requieren que se canalicen esfuerzos en incrementar la cobertura del acceso a los servicios de salud de toda la población, es especial, la de menores ingresos.

Figura 6: Población con y sin acceso a los servicios de salud, entidades federativas, 2013 (%)



Fuente: Elaboración propia con base a datos de ENESS (2013).

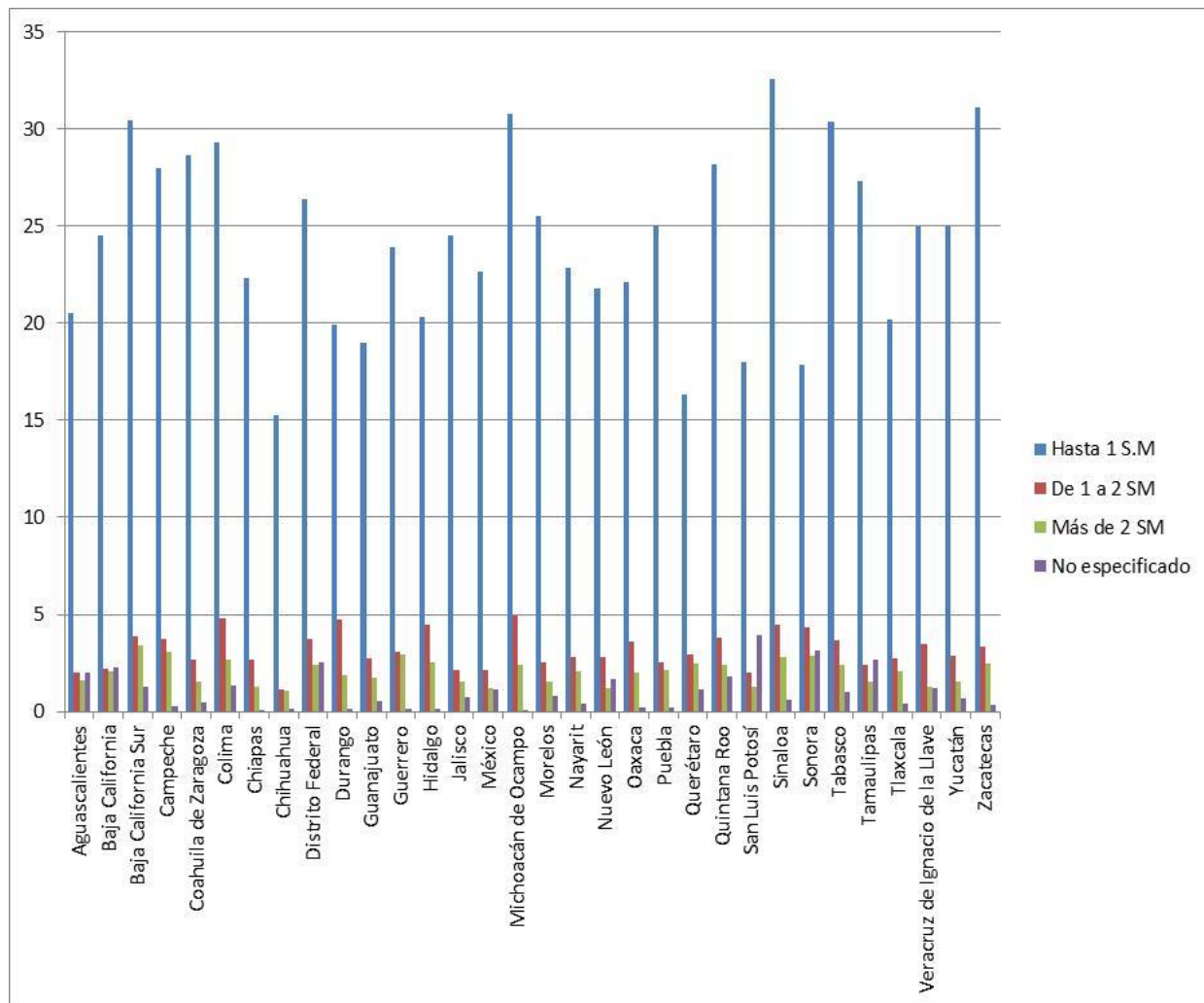
En la Figura 6 se observa que en 2013, Michoacán (31%) y Puebla (32%) son las entidades federativas que registran el mayor porcentaje de población sin acceso a los servicios de salud públicos. En tanto que Campeche (88%), Colima y San Luis Potosí (87%), tienen el mayor porcentaje de población que cuenta con acceso a los servicios de salud. El promedio nacional es de un 20% de la población mexicana sin acceso a los servicios de salud y un 80% con acceso a los servicios de salud.

Un 50% de las entidades federativas tienen que implementar acciones para incrementar la afiliación de su población. En esta situación se encuentran: Distrito Federal (26%), Guerrero (27%), Jalisco (24%), México (28%), Michoacán de Ocampo (31%), Morelos (22%), Nayarit

(21%), Oaxaca (23%), Puebla (32%), Quintana Roo (21%), Tabasco (21%), Tlaxcala (23%) y Veracruz (27%).

De acuerdo a la regionalización realizada por el INSP para analizar la carga de la enfermedad en México, la región norte presenta que de las 9 entidades federativas, 8 de estas, registran un porcentaje de población sin acceso a los servicios de salud públicos mayor a la media nacional.

Figura 7: Población sin acceso a servicios de salud, según monto del gasto médico trimestral



Fuente: Elaboración propia con base a datos de ENESS (2013).

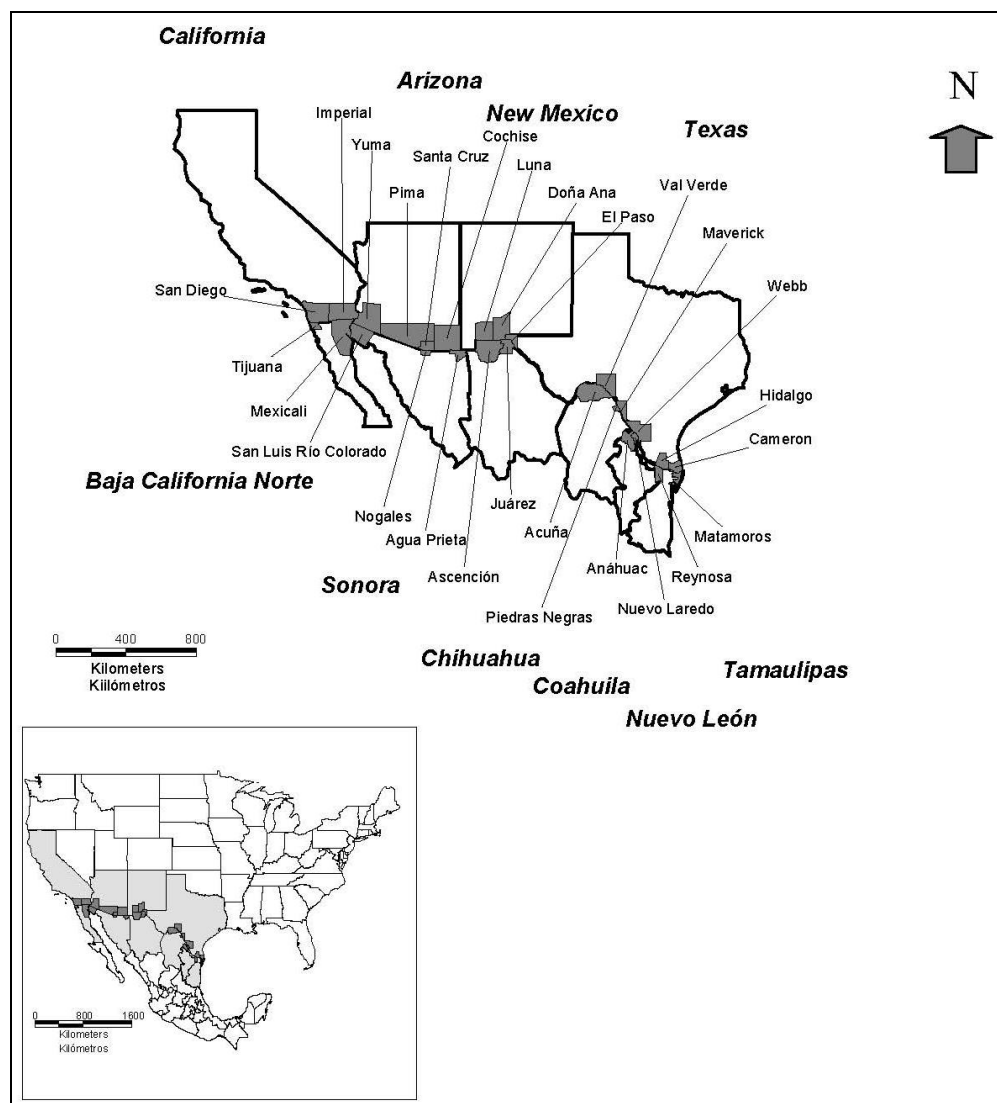
En promedio, el 24% de la población sin afiliación realiza un gasto médico trimestral de al menos de 1 salario mínimo (SM); 3% de 1 a 2 SM; 2% más de 2 SM. El 71% restante, no gasta

o no se encuentra especificado. En la Figura 7, se presentan los resultados por entidad federativa.

De acuerdo con información estadística de la ENSANUT 2012 (p. 10), el Seguro Popular aumentó en 13% la cobertura de la población con respecto al Censo 2010. En la ENSANUT de 2006 y 2012, la cobertura registró un aumento del 150%.

En la Figura 8 se presenta un mapa de las ciudades hermanas de la frontera México-EE.UU.

Figura 8: Ciudades hermanas de la frontera México-EE.UU.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (1999, p. x).

Es indispensable considerar medidas que fortalezcan el sistema de salud en la frontera norte. Existe una relación entre ambos lados de la frontera norte, en materia de salud. Como señalan Rangel y González (2006, p. 202): los estadounidenses se atienden en Tijuana para recibir tratamientos dentales, medicina alternativa para combatir el cáncer, o comprar medicamentos porque son más económicos en este lado de la frontera; en el caso de los mexicanos, se atienden en la frontera estadounidense para recibir atención pre y posnatal, inmunizaciones y servicios médicos de tercer nivel que no hay en México. Los autores señalan que como resultado de esta interacción social entre ambas fronteras, existe la posibilidad de que la población se contagie con VIH/sida, enfermedades de transmisión sexual y tuberculosis.

Un hecho lamentable fue que después de 72 años de actividad, la oficina regional de la OPS cerró su oficina de El Paso, Texas, el 30 de abril de 2014. Para continuar con las actividades de colaboración en materia de salud en ambos lados de la frontera, Carissa F. Etienne, Directora de la OPS/OMS inició pláticas con Jesús Ancer Rodríguez, Rector de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Si se acuerda una colaboración entre ambas instituciones, se tienen entre los temas de interés a investigar la obesidad, envejecimiento, cáncer cervicouterino, por mencionar algunos (UANL, 2014).

En política de salud binacional, es prioritario considerar el promover la calidad de vida y un medio ambiente sano. También se debe tomar en cuenta que las principales causas de muerte son las enfermedades isquémicas del corazón y diabetes mellitus, las cuales se relacionan con la alimentación del individuo. Por ello, es importante que desde edades tempranas, se establezcan restricciones al consumo de comida chatarra en las escuelas. Esta medida también debe ser trasladada a los restaurantes, en donde, aparte de sus opciones de comida rápida, se tenga la opción de un menú saludable.

Para garantizarse el cumplimiento de estas medidas, es importante que se regule la publicidad de la comida rápida, o se elimine. Aquellos establecimientos que no cumplan con la restricción podrán ser multados y de los ingresos obtenidos por concepto de estas multas se podrán financiar programas de combate a la obesidad.

Adicional a la alimentación, se debe favorecer el ejercicio físico. Porque la familia debe realizar actividades que promuevan el estar en un medio ambiente sano, el salir a parques, participar en juegos al aire libre, entre otras. Si se logra aumentar el ejercicio físico de moderado a un mayor esfuerzo, todos aquellos que realicen estos cambios, se verán favorecidos con una disminución en su peso.

CONCLUSIONES

Mediante el análisis de los indicadores básicos en salud, se pudo constatar que México presenta carencias, respecto a otros países miembros de la OCDE. Existen áreas prioritarias de oportunidad para comenzar a realizar las correspondientes reestructuras y dotar de la infraestructura en salud requerida por la población.

La política en salud está promoviendo la universalización del Sistema Nacional de Salud, lo cual mejorará la calidad de vida de la población, para generar cambios positivos que potencialicen el crecimiento y desarrollo económico de México.

El principal reto es relativo a la cobertura de los servicios de salud porque al menos la mitad de las entidades federativas requieren programas que incorporen a la población abierta al Seguro Popular, lo cual requiere incrementar su financiamiento.

En la frontera norte se requieren de medidas para fortalecer el sistema de salud, sobre todo para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, tuberculosis, así como de obesidad, envejecimiento y cáncer cervicouterino.

El enfoque de la política en salud debe ser de tipo preventivo y correctivo, con la finalidad de ir disminuyendo los gastos por rehabilitación de estos pacientes. También se debe considerar dentro de las medidas el promover el autocuidado, la alimentación saludable y la realización de actividades físicas.

Es por ello que en Coahuila instituciones como la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública, se encuentran realizando visitas a escuelas en donde hacen un levantamiento de cédulas de verificación de establecimientos escolares, con la finalidad de conocer si los alumnos están llevando una alimentación sana, realizan ejercicio y si hay presencia de sobrepeso u obesidad.

BIBLIOGRAFÍA

Arriagada L., Camilo (2001) *Servicios sociales y vulnerabilidad en América Latina: conceptos, medición e indagación empírica*. CEPAL. Chile.

Banco Mundial (1993) *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud. Indicadores del Desarrollo Mundial*. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. EE.UU.

Huenchuan, Sandra y Rodríguez-Piñero, Luis (2010) *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. CEPAL. Chile.

INEGI (2013) *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013*. INEGI/IMSS: México.

INEGI (2010) *Estadísticas históricas de México, 2009*. INEGI. México.

INSP (2013) *Modelo de atención integral en salud para adultos mayores maltratados. Resumen ejecutivo*. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Lozano R, Gómez-Dantés H, Pelcastre B, Ruelas MG, MontañezJC, Campuzado JC, Franco F, González JJ (2014) *Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos*. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud: México.

OPS (1999) *Perfiles de mortalidad de las comunidades hermanas fronterizas México-Estados Unidos 1992-1994*. OPS. EE.UU.

Ramírez, B., Ham, R., Salas, J. y Valencia, A. (2012) *Las pensiones en México: Prospectiva y propuestas*. En José Luis Calva (Coord.), *Derechos sociales y desarrollo incluyente. Análisis estratégico para el desarrollo*. Volumen 12. Juan Pablos Editor, S.A./Consejo Nacional de Universitarios para una Nueva Estrategia de Desarrollo. México.

Rangel G., M. y González R., R. (2006) *Situación de la salud en la frontera norte de México*. En Gerardo Ordóñez Barba y Marcos S. Reyes Santos (Coords.). *Los retos de la política social en la frontera norte de México*. El Colegio de la Frontera Norte/Plaza y Valdés. México.

Ruelas, E. y Alonso, A. (2010) *Los futuros de la salud en México 2050*. Consejo Nacional de Salud. México.

Secretaría de Salud (2014) *Programa Sectorial de salud 2013-2018*. IEPSA. México.

Secretaría de Salud (2001) *Programa de Acción: Atención al Envejecimiento*. Secretaría de Salud. México.

PÁGINA ELECTRÓNICA

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (1917) *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma DOF 27-05-2015*, Cámara de Diputados, recuperado el 6 de julio de 2015, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_270515.pdf>.

OCDE (2014) *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. México en comparación*, OCDE, recuperado el 5 de julio de 2015, <<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>>.

UANL, 2014, *Comparte UANL proyectos de colaboración con la Organización Panamericana de la Salud*, Universidad Autónoma de Nuevo León, recuperado el 6 de julio de 2015, <<http://uanl.mx/noticias/salud/comparte-uanl-proyectos-de-colaboracion-con-la-organizacion-panamericana-de-la-salud.html>>.

ARCHIVO DE DATOS

Censo de Población y Vivienda 2010. [Archivo de datos]. Aguascalientes, Ags., México: Instituto Nacional de Geografía.